16

Drei Fälle von Magenkrebs.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 19. December 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Saly Licht

aus Posen.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Benno Friedlaender, pr. Arzt.
- Dr. med. Paul Schwerin, pr. Arzt.
- Cand. med. Paul Frey.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinem theuren Vater

in Liebe und Verehrung

gewidmet.

Der Krebs des Magens beansprucht in ganz hervorragendem Maasse das Interesse und die Aufmerksamkeit des Klinikers und practischen Arztes. Ungefähr der dritte Theil aller Fälle von Carcinom überhaupt hat seinen Sitz am Magen, der somit eine Lieblingsstelle der krebsigen Neubildung darstellt. Mit dieser Häufigkeit der Erkrankung hält ihre Bösartigkeit gleichen Schritt. Man hat noch keine Heilung eines Magencarcinoms mit Sicherheit beobachtet. Es sind zwar einige Fälle in der Literatur veröffentlicht worden, die hierher gehören, doch kann man mit Ewald annehmen, dass es sich hier nur um eine oberflächliche Vernarbung oder um eine Verwechselung mit Ulcus ventriculi handelt, von dem die Differentialdiagnose manchmal überhaupt nicht mit Sicherheit zu stellen ist. Alle Versuche, die bis jetzt mit den verschiedensten Mitteln gemacht worden sind, um das Carcinom in seiner Entwickelung zu hemmen, müssen als gescheitert angesehen werden. Ein besseres Resultat lassen die in neuerer Zeit in die Therapie

eingeführten Magenresectionen erhoffen, besonders wenn das Carcinom seinen Sitz am Pylorus hat. Wenn auch der Eingriff ein sehr bedeutender und die Prognose immer zweifelhaft ist, so rechtfertigt die absolute Hoffnungslosigkeit einer anderweitigen Therapie den Versuch einer Operation in geeigneten Fällen. Um eine solche aber überhaupt als möglich erscheinen lassen, darf die Erkrankung noch keinen grossen Umfang angenommen haben. Hier ist es nun Sache des Arztes, die Krankheit möglichst zeitig zu erkennen, wobei sich allerdings häufig grosse Schwierigkeiten ergeben. Die für Magenkrebs charakteristischen Zeichen fehlen oft gänzlich, so dass in manchen Fällen erst die Autopsie eine sichere Diagnose ermöglicht.

Mir liegen einige Fälle aus der Klinik des Hrn. Geheimrath Leyden vor, die in dieser Beziehung und auch wegen Verlauf und Ausgang einiges Interesse bieten dürften. Es sei mir hier gestattet, dieselben näher zu beschreiben.

Fall I. Ernst Härtel, Arbeiter, 45 Jahre, aufgenommen am 1. Januar 1891.

Anamnese. Die Eltern des Patienten sind angeblich an Altersschwäche gestorben. Geschwister hat derselbe nicht. Patient erinnert sich nicht, Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben. Im 25. Jahre bekam er einen harten Schanker und wurde einer Schmiercur unterworfen. Als Erdarbeiter hat Patient

sehr schwer schaffen müssen. Er ist verheirathet und hat zwei gesunde Kinder. Die Frau soll angeblich keine Aborte durchgemacht haben.

Anfang October 1890 begann die jetzige Erkrankung. Patient, der täglich für 20 Pfennig Schnaps trank, giebt an, damals mit Erbrechen erkrankt zu sein. Von einem vorangegangenen Diätfehler weiss derselbe nichts. Schon damals sollen fortwährende Schmerzen, die als starkes Druckgefühl in der Magengegend bezeichnet werden, bestanden haben. Das Erbrechen war öfters sehr intensiv, es hielt 14 Tage lang an. Patient konnte in Folge dessen seiner Arbeit nicht nachgehen. Nach dieser Zeit hat sich der Zustand etwas gebessert und Patient nahm seine Arbeit wieder auf. Dies dauerte 2 Wochen. Danach traten die Beschwerden von Neuem auf. Patient setzte wieder mit der Arbeit aus. Dann will er sich ungefähr 14 Tage besser befunden haben, war aber danach fortwährend krank und arbeitsunfähig. Die Zeit bis zu seiner Aufnahme hat Patient zu Hause verbracht. Es bestand fortwährend heftiges Würgen, das alle genossenen Speisen wieder zum Vorschein brachte. Doch war der Appetit stets gut. In letzter Zeit ist Patient sehr stark abgemagert. In der Magengegend belästigte beständig ein drückendes Gefühl, ausserdem bestanden heftige Schmerzen in der linken Seite.

Status praesens. Mittelgrosser Mann von kräf-

tigem Knochenbau, schwacher Musculatur, spärlichem Fettpolster. Gesicht anämisch, doch nicht cyanotisch, stark abgemagert, Wangen und Schläfengegend eingesunken, Lippen und Zunge blassroth. Die Augen liegen tief, der Gesichtsausdruck ist müde, der Blick frei. Farbe der Haut anämisch, zwei Querfinger breit über der rechten Leistenbeuge eine ca. 4 cm lange strahlige Narbe, von einem operirten Blutgeschwür herrührend. Die Haut fühlt sich trocken an. Temperatur 36,5, gleichmässig vertheilt. Puls an der gerade verlaufenden, nicht sclerosirten Arterie gleichmässig, wenig gespannt, leicht unterdrückbar. Abdomen etwas eingesunken. Bei der Untersuchung ergiebt sich, dass der Magen bis zwei Querfinger unter den Nabel herabgesunken. Der Leberrand ist glatt und hart zu fühlen. Die Percussion ergiebt tympanitischen Schall über dem ganzen Darm. Die Respiration ist nicht beschleunigt, 20 Athemzüge in der Minute und ist von costo-abdominalem Typus. Thorax kräftig gebaut, gut gewölbt. Mohrenheim'sche und Supraclaviculargruben tief eingesunken. Percussion und Auscultation ergeben am Herzen und an den Lungen normale Verhältnisse. Urin wird willkürlich und ohne Schmerzen gelassen, hat ein specifisches Gewicht von 1024, ist von saurer Reaction, rothgelber Farbe, nicht eiweisshaltig.

Verlauf der Krankheit. Am Abend des 2. Januar wurde eine Magenausspülung vorgenommen,

und dabei eine grosse Menge bräunlichen, übelriechenden Inhaltes entleert. Der Magen wurde danach aufgebläht, die untere Grenze stand zwei Querfinger unter Nabelhöhe. Die Palpation des Abdomen nach gänzlich entleertem Magen zeigt dasselbe überall weich, leicht eindrückbar. Im linken Epigastrium nichts Besonderes zu fühlen, rechts die Leber mässig indurirt, aber glatt palpirbar. Das Gewicht des Patienten betrug am 3. Januar 107 Pfund. Es wurden nun täglich zweimal Magenausspülungen vorgenommen, nach denen sich der Patient immer wohl befand. Der Magen war auch auf Druck nicht mehr schmerzhaft. Die Ausspülung am 5. Januar ergab eine Gesammtacidität von 6,2 ccm. Die Salzsäurereaction fehlte, dagegen war die Reaction auf Milchsäure sehr intensiv. Patient hatte immer normale Temperatur, der Puls war von normaler Frequenz und guter Spannung, bestehende Stuhlverstopfung wurde durch Glycerinklysmata gehoben. Das Befinden des Patienten blieb in den nächsten Tagen dasselbe, nur das Körpergewicht nahm ab, so dass am 10. 105, am 17. Januar nur 104 Pfund festgestellt wurden. Morgens und Abends wurden Magenausspülungen gemacht. Am 23. wurde, da seit mehreren Tagen hartnäckige Obstruction bestand, wiederum ein Glycerinklystier verabreicht. Am 24. hatte der Kranke etwas unregelmässigen Puls, bei der Ausheberung wurden grosse Massen käsiger Speisereste entleert.

Gegen Mittag stieg die Temperatur, die sich während der ganzen Dauer der Krankheit immer auf normaler Höhe gehalten hatte, plötzlich auf 40,1, die Pulsfrequenz auf 96. Patient klagte über diffuse, starke Schmerzen im ganzen Leib. Derselbe ist eingezogen, weich, leicht eindrückbar, ohne dass etwas Besonderes durchzufühlen wäre. An der Leberdämpfung findet sich eine kreisförmige Zone tympanitischen Schalles. Die Magenspülungen werden ausgesetzt.

25. I. Patient hat noch immer heftige Schmerzen, grosses Druckgefühl, starken Hustenreiz, Temperatur 38,6, Puls 96.

26. I. Das Abdomen ist namentlich im unteren Theil meteoristisch aufgetrieben, aber weich und leicht eindrückbar. Im oberen Theil empfindet Patient sehr heftigen Schmerz. Temperatur 38,1, Puls 88.

27. I. Schmerzen etwas weniger heftig. Neigung zum Phantasiren. Nase und Umgebung beträchtlich geschwollen und schmerzhaft. Temperatur 39,5, Puls 96.

28. I. Puls schnell und sehr klein, Schmerzen heftig, von der Magengegend ausstrahlend in den ganzen Leib und bis in die linke Schulter. Vermehrter Meteorismus. Kein Erbrechen, aber häufiger Singultus. Urin ohne Eiweiss. Temperatur 38,1, Puls 98.

29. I. In der Nacht ist eine starke Erysipel-

schwellung des Gesichts, namentlich auch der Augenlider eingetreten, die dem Patienten das Oeffnen der Augen unmöglich macht. Temperatur 39,1, Puls 104.

Während der nächstfolgenden Tage nahm die Erysipelschwellung wieder ab, war am 2. Februar vollständig verschwunden. Singultus dauerte an, Leib mässig schmerzhaft. Die Zone tympanitischen Schalles über der Leber wesentlich vergrössert. Puls beschleunigt. Temperatur zwischen 38 und 38,5.

Am 3. Februar trat eine bedeutende Verschlimmerung ein; starke Dyspnoe und Delirien. Leib stark gespannt, sehr schmerzhaft, auch bei leisester Berührung. Temperatur 39,3, Puls 120, sehr klein und schwer zu fühlen.

Am Morgen des 4. Februar trat der Exitus letalis ein. — Die Section, welche im pathologischen Institut der Charité durch Hrn. Dr. Langerhans ausgeführt wurde, ergab ein Ulcus ventriculi pylori carcinomatosum perforans. Durch zahlreiche Verwachsungen waren eine Reihe unter sich zusammenhängender Hohlräume geschaffen. Peritonitis universalis purulenta.

II. Fall. Carl Spahn, Töpfergeselle, 47 Jahr, aufgenommen am 14. Januar 1891.

A n a m n e s e. Die Mutter des Patienten lebt und ist gesund. Vater ist an einem Magenleiden im 82. Lebensjahr gestorben. Von zwei Schwestern leidet die ältere an Phthisis, die jüngere ist gesund.

Der eine Bruder ist an Miliartuberculose zu Grunde gegangen, der andere hat durch Selbstmord geendet. Patient hat in seiner Jugend Masern und dann zweimal Lungenentzündung durchgemacht. Sonst will er immer gesund gewesen sein. Seit dem Anfang des Jahres 1890 leidet Patient an Magenschmerzen, die sich oft schon bei nüchternem Magen, oft kurz nach der Mahlzeit einstellten. Er hat öfters Schnaps und Rum zu sich genommen. Seit Anfang December vorigen Jahres bekam Patient am Morgen vor und nach den Mahlzeiten heftiges Erbrechen. Es traten Schmerzen im Kreuz auf, die über die Hüften nach vorn ausstrahlten. Von diesem Zeitpunkt an haben auch die schon früher verspürten Magenschmerzen zugenommen. Sie stellten sich jetzt mehr des Nachts ein, dauerten bisweilen die ganze Nacht hindurch, so dass Patient keine Ruhe finden konnte.

Status praesens. Ziemlich kräftig gebauter Mann, von guter Musculatur. Haut ziemlich fettreich, wenig feucht. Thorax gut gewölbt. Supraclaviculargegend tief eingesunken, Mohrenheim'sche Gruben wenig. Bei der Percussion lässt sich eine Dämpfung in der rechten Spitze nachweisen, welche bis zur dritten Rippe herunter reicht. Die Auscultation ergiebt jedoch normales Vesiculärathmen ohne jegliche Rasselgeräusche. Das Abdomen ist mässig eingesunken. Der Palpationsbefund ist folgender: Die Leber ist hart anzufühlen, zeigt scharfe Ränder, namentlich der linke

Leberlappen erscheint vergrössert. Die Därme sind leicht eindrückbar und zeigen keine Abnormitäten. Der Percussionsschall über ihnen ist durchweg tympanitisch. Der Kranke äussert Schmerz bei jeder, auch der leisesten Berührung des Abdomen. Es wird dies auf übergrosse Empfindlichkeit zurückgeführt.

Die Klagen beziehen sich auf Magenschmerzen und Kreuzschmerzen. In sehr charakteristischer Weise beschreibt Patient, wie die letzteren von der Gegend der Lendenwirbel über die Darmbeinkämme nach der Symphyse zu ausstrahlen und sich nach oben bis in die Herzgrube erstrecken. Ein Tumor ist im Abdomen nirgends nachweisbar. Die Angabe, dass Patient täglich für etwa 30 Pfennig Schnaps und Rum zu sich genommen habe, wies auf eine durch Alkoholgenuss hervorgerufene Magen- und Darmaffection hin. Auch ist an der linken Hand deutlich Tremor der Finger nachzuweisen.

Verlauf der Krankheit. Vom 15. Januar bis zum 10. Februar blieb der Zustand des Patienten unverändert der gleiche. Es liess sich nichts Bestimmtes nachweisen, keine sichere Diagnose stellen. Patient hatte öfters Erbrechen des Nachts und am Morgen, klagte auch über heftige Magenschmerzen. In dem durch Magenausheberungen gewonnenen Magensaft fehlte constant die Salzsäurereaction. Die Probe auf Milchsäure fiel immer positiv aus. Die Temperatur

hielt sich zwischen 36,3 und 37,2. Puls zwischen 70 und 84.

Am 10. Februar liess sich, nachdem seit einigen Tagen das Erbrechen intensiver und auch die Schmerzen quälender geworden waren, bei der Untersuchung ein Tumor von harter Consistenz im Epigastrium nachweisen, der mit der Athmung verschieblich war. Hieraus, aus dem Fehlen der Salzsäurereaction und aus den übrigen gastrischen Symptomen wurde Carcinoma ventriculi diagnosticirt.

11. II. Erbrechen von 340 ccm. Temperatur 36,5. Puls 104.

12. II. Harn reich an Chloriden, enthält reichlich Blut. Erbrechen von 1200 ccm. Temperatur 36,7. Puls 96.

13. II. Schmerzen im Abdomen. Kreuzschmerzen, Erbrechen nicht mehr so intensiv. Starke Dyspnoe. Harn enthält wieder Blut in reichlicher Menge. Temperatur 37,3. Puls 120.

14. II. Heftige Schmerzen im Kreuz und im Abdomen. Urin enthält Eiweiss, doch wenig Blut, Temperatur 36,7. Puls 104.

15. II. Schmerzen dauern fort. Heftiges Erbrechen. Temperatur 36,5. Puls 102.

Dieser Zustand blieb auch während der nächsten Tage derselbe. Hohe Pulszahlen, niedrige Temperatur, starke Schmerzen und Erbrechen beherrschen das Krankheitsbild.

19. II. Geringes Erbrechen von stechend saurem Geruch. Temperatur 37,6. Puls 104.

20. II. Puls unzählbar, sehr schwach. Der Leib ist kugelig aufgetrieben, auf Druck stark schmerzhaft. Leberdämpfung fehlt. An ihrer Stelle tympanitischer Schall. Links von der Linea alba unterhalb des Rippenbogens in Grösse eines Fünfmarkstückes deutliches Knistern zu constatiren.

Grosse Schwäche, heftige Delirien.

Diagnose. Perforation des Ulcus carcinomatosum in das Cavum peritonei.

Noch an demselben Abend erfolgte der Exitus letalis.

Die Autopsie wurde am anderen Tage im pathologischen Institut der Charité von Hrn. Dr. Israel vorgenommen. Die anatomische Diagnose stellte fest:

Carcinoma ventriculi pylori gangraenosum. Perforatio ventriculi. Metastases permultae totius fere tractus intestinalis, praecipue pancreatis, glandularum mesaraicarum, hepatis. Lymphangitis carcinomatosa. Peritonitis universalis purulenta.

III. Fall. Carl Kuske, genannt Kergel, Zimmermann, 56 Jahre, aufgenommen am 8. December 1890.

Anamnese. Die Eltern des Patienten sind todt. Vater ist am Herzschlag, Mutter an einem Magenleiden gestorben. Vier Geschwister leben und sind gesund. Als Kind hat Patient die Masern gehabt, seitdem ist er stets gesund gewesen.

Im Jahre 1863 zog er sich einen Bruch zu. Im vorigen Jahre hatte er einen Anfall von heftiger Athemnoth, der beinahe eine halbe Stunde lang anhielt. Erst in diesem Frühjahr machte er die Wahrnehmung, dass ihm der Appetit schwand. Zugleich trat nach dem Genuss von Speisen Erbrechrn auf. Patient giebt an, ein heftiges Druckgefühl und Wühlen im Magen gehabt zu haben, das sich bis zum Schlunde hinaufzog und sich nach jeder Mahlzeit steigerte. Das Erbrochene soll nie blutig und von nur mässig saurem Geschmack gewesen sein. Kräfte und Körpergewicht des Patienten nahmen ganz merklich ab, so dass er sich schliesslich gezwungen sah, die Arbeit einzustellen. Der säuerliche Geschmack des Erbrochenen soll an Intensität zugenommen haben. Der Stuhl war einmal ganz pechschwarz. Patient konnte zuletzt nur noch ganz dünne Suppen geniessen. Seit neun Tagen besteht völlige Stuhlverstopfung.

Status praesens. Sehr abgemagerter Mann von mittelgrosser Statur, wenig kräftigem Knochenbau, schlaffer, atrophischer Musculatur, minimalem Fettpolster. Das Gesicht ist stark abgemagert, der Arcus zygomaticus springt hervor, die Schläfengegend ist stark eingesunken. Die Lippen sind gut gefärbt. Der Ausdruck des Gesichts ist leidend. Die Haut ist etwas gelblich gefärbt, trocken, kalt, schlaff. Auffällige Symptome bestehen nicht. Das Sensorium ist frei.

Das Abdomen ist tief eingesunken, die Haut darüber runzlig. Die Palpation lässt rechts einen, schon bei der Inspection erkennbaren Tumor nachweisen, der unter dem Rippenbogen hervor nach links zwei Querfinger bis über die Linea alba hinaus, nach unten bis in die Mitte zwischen Nabel und Processus xiphoideus reicht. Links lässt sich bei der Palpation ein etwas tiefer, in der Bauchhöhle liegender Tumor nachweisen, der wie der erste bis zur Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz reicht und sich bei der Athmung verschiebt. Die Consistenz ist hart, die Oberfläche höckerig, die Druckempfindlichkeit sehr stark ausgeprägt.

Unter dem linken Ligamentum Poupartii ist ein Drüsenpacket durchzufühlen.

Der Thorax ist stark abgemagert, Infra- und Supraclaviculargruben eingesunken. Intercostalräume und Angulus Ludovici deutlich sichtbar. Die Percussion ergiebt überall normalen Lungenschall, die Auscultation vesiculäres Athemgeräusch und inspiratorisches und exspiratorisches, kleinblasiges, crepitirendes Rasseln.

Die Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne rein. Milzdämpfung normal. Radialarterie geschlängelt, mässig sclerosirt, Puls verlangsamt, von mittlerer Spannung, regelmässig.

Die obere Grenze der Leberdämpfung steht am unteren Rande der sechsten Rippe. Die untere Grenze geht in den oben erwähnten Tumor über.

Verlauf der Krankheit. Da die Diagnose auf Carcinoma ventriculi nicht zweifelhaft sein konnte, wurde Patient zunächst mit Condurango behandelt, um den Appetit anzuregen. Ausserdem wurden täglich Magenspülungen vorgenommen. Die bestehende Stuhlverstopfung konnte durch Mastdarmeingiessungen in den ersten Tagen nicht gehoben werden. Erst am 11. December erfolgte nach Seifenwasserklystier ausgiebiger diarrhoischer Stuhlgang.

An diesem Tage wurde auch ein Nährklystier von 2 Eiern, 40 g Milchzucker, $^1/_2$ Liter Milch gegeben, welches drei Stunden blieb. Danach erfolgte reichlich geformter Stuhl und Patient fühlte sich bedeutend erleichtert, doch bestand fortwährendes Aufstossen, und es kam dabei jedesmal ungefähr ein Esslöffel voll Mageninhalt zu Tage, so dass im Laufe des Tages wohl gegen $1^1/_2$ Speigläser voll entleert wurden. Ausserdem klagte Patient über heftiges Brennen in der Magengegend. Nach der Magenausspülung verschwand das letztere und auch das Würgen liess nach.

Das Nährklystier wurde an den folgenden Tagen wiederholt und blieb regelmässig 2 Stunden. Die Ausspülung am 13. ergab eine Gesammtacidität von 40 ccm, $^1/_{10}$ Normalnatronlauge. Methylviolettreaction fehlt, Reaction auf Milchsäure und Pepton intensiv. Auch an den folgenden Tagen liess sich nach den Magenausspülungen keine Spur von Salzsäure im Magensaft nachweisen.

Am 16. wurden durch Aspiration 80 ccm einer kaffeesatzähnlichen Flüssigkeit entleert. Doch fühlte sich Patient wohler, auch das Gewicht, das am 13. nur 91 Pfund betragen hatte, nahm zu, so dass am 20. 96 Pfund constatirt werden konnten. Auch an diesem Tage fehlte die Methylviolettreaction in dem durch Ausheberung gewonnenen Magensaft. Die Besserung im Befinden des Kranken dauerte an, er konnte das Bett verlassen, das Körpergewicht war am 27. December auf 109 Pfund gestiegen. Temperatur und Puls boten während der ganzen Dauer der Krankheit nichts Besonderes.

Am 28. December trat nach einem Diätfehler heftiges Erbrechen auf. Auch wurde mässiger Ascites gefunden. Derselbe stand in Rückenlage des Patienten zwei Querfinger oberhalb des Os ileum. Von da an wurde das Befinden des Patienten immer schlechter. Der Tumor, dessen Contouren durch die Bauchwand leicht erkennbar, nahm an Grösse zu, war auf Druck besonders unterhalb des Processus xiphoideus stark schmerzhaft. Daselbst leichtes Knistern nachweisbar.

Das Abdomen zeigte sich am 3. mässig aufgetrieben, in den oberen Theilen war tympanitischer Schall, der auf beiden Seiten in starke Dämpfung überging, nachzuweisen.

Der Appetit verringerte sich, Erbrechen erfolgte fast nach jeder Mahlzeit, heftige Magenschmerzen und besonders Sodbrennen quälten den Kranken. Das

Gewicht betrug am 3. Januar nur noch 102 Pfund, am 10. Januar wurde eine weitere Gewichtsabnahme von 4 Pfund constatirt. Appetitlosigkeit und Erbrechen dauerten an, die Kräfte nahmen ab. Körpergewicht am 17. Januar 91 Pfund, am 23. 85 Pfund. Patient verfiel von Tag zu Tag.

Am 8. Februar war der Status folgender: Abdomen leicht aufgetrieben, nicht gespannt, ungemein schmerzhaft, namentlich in seinen unteren Partien auch bei leisester Berührung. Percussion ergab unten Dämpfung mit geringer Tympanie.

Unterhalb des Rippenbogens rechts bis in die Axillarlinie tympanitischer Schall, starkes Frostgefühl.

Der Tod erfolgte an demselben Tage unter den Erscheinungen des schweren Collapses, kleinem, fadenförmigem Puls, Sinken der Temperatur auf 36,0, kalter Schweiss.

Es lag natürlich nahe, auch in diesem Falle an Perforation zu denken, doch ergab die Autopsie, dass dies nicht der Fall war; die Verschwärung des Magencarcinoms war wohl bis an die Serosa vorgedrungen, doch war diese noch nicht perforirt. Der tympanitische Schall über der Leber rührte von Ueberlagerung durch das meteoristisch aufgetriebene Colon her. Die anatomische Diagnose des Hrn. Dr. Jürgens lautete im Uebrigen: Carcinoma gelatinosum ulcerosum pyloricum et metastases peritonei, glandularum epigastricarum et renalium; Peritonitis carcinomatosa, atrophia fusca

cordis. Emphysema marginale pulmonum. Marasmus universalis.

Dieser Fall bietet uns ein durchaus typisches Bild des Magencarcinoms dar. Es liess sich im Epigastrium ein Tumor nachweisen, von harter Consistenz, höckriger Oberfläche, ausgeprägter Schmerzhaftigkeit. Auch in dem zweiten Falle konnte schliesslich ein Tumor nachgewiesen werden, der dieselben Erscheinungen darbot und mit der Athmung verschieblich war. Als Ausgangspunkt des Tumor war mit Sicherheit der Magen anzunehmen, obwohl das letztere Phänomen, die Verschieblichkeit bei der Athmung eher für die Leber als Ausgangsstelle zu sprechen schien. Bekanntlich beruht die Verschieblichkeit der Leber bei der Athmung darauf, dass dieselbe als schweres, incompressibles Organ den Bewegungen des Zwerchfelles nachgeben und nach unten ausweichen muss, während der Magen in normalem Zustande bei der Action des Diaphragma nicht dislocirt, sondern zusammengedrückt wird. Man begreift, dass bei einigermaassen vorgeschrittener Infiltration der Magenwandungen für denselben annähernd die gleichen Verhältnisse gesetzt werden, wie für die Leber. Der Tumor ist das einzige Zeichen, welches die Diagnose auf Carcinoma ventriculi sichert und welches durchaus pathognomisch ist. In vielen Fällen fehlt derselbe aber ganz, und zwar, wie Ewald nach einer Statistik von Brinton und Lebert angiebt, in

20 % aller Fälle, oder auch der Tumor kann vermöge seiner Lage, z. B. in der hinteren Magenwand, sich dem Nachweis entziehen. Schliesslich kann auch die Palpation des Abdomens wegen irgend welcher complicirender Umstände erschwert oder geradezu unmöglich gemacht werden. In solchen Fällen entstehen dann grosse Schwierigkeiten in der Diagnose, wie wir sie auch in unseren beiden ersten Fällen sehen, wenn nicht andere charakteristische Erscheinungen doch noch eine Diagnose ermöglichen. Auch in dieser Beziehung bietet der letzte Fall durchaus typisches. Wir haben charakteristisches Erbrechen von kaffeesatzähnlicher Flüssigkeit, welche von zersetztem Blut herrührt, das einige Zeit sich im Magen aufgehalten hat; wir haben rapide Abnahme des Körpergewichtes und ausgedehnte Macies, mit dem schmutzig-gelben Colorit der Haut, das für die Krebskachexie so bezeichnend ist; wir haben Erbrechen fast nach jeder Mahlzeit.

In neuerer Zeit hat man auf das Fehlen der Salzsäure im Magensaft bei Carcinom diagnostischen Werth gelegt. Dieser Mangel an Salzsäure rührt von dem das Carcinom begleitenden Catarrh der Magenschleimhaut her. Auch in den vorliegenden drei Fällen, die durch klinische und anatomische Diagnose unzweifelhaft als Carcinome angesprochen werden müssen, konnte in dem erbrochenen und dem durch Aushebering gewonnenen Mageninhalte niemals freie Salz-

säure nachgewiesen werden, so dass dieses Moment in zweifelhaften Fällen für die Diagnose in der That von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Wenn man also einen solchen Symptomencomplex wie in unserem letzten Falle vor sich hat, ist die Diagnose nicht zu verfehlen. Anders, wenn einzelne dieser Zeichen, besonders der Tumor fehlt. So in unserem zweiten Fall. Die sichere Diagnose konnte erst gestellt werden, als nach einiger Zeit die Untersuchung deutlich einen Tumor in der Magengegend gab. Noch schwieriger lag der erste Fall. Hier war eine Neubildung während der ganzen Dauer der Krankheit niemals nachzuweisen. Es war niemals Erbrechen der charakteristischen zersetzten Blutmassen dagewesen. Nur ausgesprochene Macies, Schmerzen, Erbrechen, das sehr häufig und sehr intensiv war, und Fehlen von freier Salzsäure im Magensafte machten das Krankheitsbild aus. Aus diesen Ergebnissen der Untersuchung liess sich eine sichere Diagnose nicht stellen. Dieselbe neigte vielmehr lange Zeit zu der Annahme einer atonischen Magendilatation. Nun trat ein Ereigniss ein, das geeignet war, zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu verhelfen. Es stellten sich alle Erscheinungen einer Perforation des Magens in das Cavum peritonei ein. Unter diesen Umständen konnte die Diagnose nur noch zwischen Ulcus ventriculi und Carcinom schwanken. Der Umstand, dass das einfache Magengeschwür weit häufiger zur Per-

foration kommt, als Carcinom, bei dem dieser Ausgang ein sehr seltener ist, konnte für das erstere sprechen. Allein der rasche Verlauf der Krankheit, deren Dauer nur etwas über ein Jahr betrug, sowie die bei Ulcus ganz ungewöhnliche Macies machten ein solches nicht wahrscheinlich. Es konnte also nur ein Ulcus carcinomatosum ventriculi vorliegen. Die anatomische Diagnose zeigte, dass diese Annahme berechtigt war.

Bezüglich der Behandlung des Magenkrebses giebt der dritte Fall Gelegenheit, einige Worte über die Anwendung der Condurangorinde einzufügen. Dieses zuerst von Friedreich in Heidelberg in die Therapie eingeführte Mittel hat die grossen Hoffnungen, die derselbe darauf gesetzt hatte, leider nicht erfüllt. Man muss dem Mittel jede Einwirkung auf das Magencarcinom absprechen. Dagegen ist dasselbe als Stomachicum zur Anregung des Appetites von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Es gelingt leichter, die Patienten auf einem leidlichen Ernährungszustand zu erhalten. Auch in unserem Falle hat die Condurangobehandlung in Verbindung mit sorgfältiger Ernährung eine bemerkenswerthe Besserung des Allgemeinzustandes, wenn auch nur für kurze Zeit, zu Stande gebracht. Diese Besserung zeigte sich zuerst und vornehmlich in der auffälligen Zunahme des Körpergewichtes. Patient, der mit einen Körpergewicht von 91 Pfund in die Anstalt aufgenommen worden war,

wurde in zehn Tagen so weit gebessert, dass das Gewicht nur 5 Pfund zunahm. Die nächsten Tage brachten ein weiteres Steigen bis auf 109 Pfund. Dabei konnte Patient mehrere Tage ausser Bett zubringen, befand sich sehr wohl, hatte regen Appetit, kein Erbrechen. Die Macies des Gesichts war nicht mehr so ausgesprochen, und auch die Stimmung des Patienten, der während des ganzen Aufenthaltes im Spital unleidlich und mürrisch gewesen war, wurde besser. Freilich hielt diese Besserung nicht lange an, ein Diätfehler bewirkte erneute Exacerbation des Leidens, das danach unaufhaltsam seinem Ende zueilte.

Jedenfalls ist es schon ein grosser Vortheil, wenn man auch nur für kurze Zeit den unglücklichen Kranken Linderung verschaffen kann und es empfiehlt sich die Anwendung der Condurangorinde in den passenden Fällen durchaus, dann aber auch in der Form, in welcher sie sich dem als nützlich erwies, der sie zuerst angewendet hat. Man wird davon in vielen Fällen den gewünschten Erfolg sehen.

Wie ich schon einmal Gelegenheit hatte zu erwähnen, kommen Heilungen des Magenkrebses nicht vor. Der Tod erfolgt gewöhnlich nach einer Krankheitsdauer von 1—2 Jahren, manchmal auch etwas darüber, unter den Zeichen der hochgradigsten Erschöpfungen. Schwere nervöse Erscheinungen, Collaps und Sopor treten nicht selten gegen Ende des Lebens auf.

Ein durchaus ungewöhnlicher Ausgang ist der in Perforation, der nur selten zur Beobachtung gelangt. Dieselbe kann einmal nach aussen erfolgen. Mislowitzer hat in seiner Dissertation, Berlin 1889 aus der gesammten Literatur 27 Fälle von Durchbruch nach aussen zusammengestellt.

Die Perforation kann ferner erfolgen in den Darm oder in die freie Bauchhöhle. Für letzteren Fall konnte ich in der Literatur zwei Arbeiten finden, die beide in der Presse médicale belge veröffentlicht worden sind. Die eine von Pereira da Rocha ist betitelt: Cancer de l'estomac et du foie. Perforation de l'estomac. Mort. Autopsie.

Die andere von A. Josias lautet: Cancer de l'estomac. Péritonite subaigue due à une perforation de la face antérieure de l'estomac.

Es muss als ein keineswegs häufiges Ereigniss bezeichnet werden, dass in dem kurzen Zeitraum von zwei Monaten in einer Klinik zwei Fälle von Durchbruch in die freie Bauchhöhle beobachtet werden konnten.

Bezüglich der Diagnose der Perforation ist neben den peritonitischen Reizerscheinungen, welche sich aus sehr heftigen Schmerzen, Erbrechen, häufigem Singultus, hohem Fieber, kleinem fadenförmigen Puls zusammensetzen, und die jede acute Entzündung des Bauchfells charakterisiren, Werth zu legen auf ein Symptom, das zuerst Schuh im Jahre 1842 für die

Diagnose des Tympanites peritonei in Betracht gezogen hat. Schuh stellte in einer Arbeit, die in den österreichischen medicinischen Jahrbüchern 1842 erschienen ist, den Satz auf, dass bei Tympanites peritonei in Folge der Anwesenheit von Luft in der Bauchhöhle die Leberdämpfung verschwinden und an ihre Stelle tympanitischer Percussionsschall treten müsse. Traube hat dann diese Theorie modificirt, indem er die Diagnose des Austritts von Luft in das Cavum peritonei für gesichert hielt, wenn die Leberdämpfung auch nur zu beiden Seiten der Medianlinie durch tympanitischen Schall ersetzt war. Wir wissen heute, dass für die Diagnose des Luftaustritts es genügt, wenn auch nur in geringer Ausdehnung die Leberdämpfung verschwunden ist. In solchen Fällen sind in Folge von vorangegangenen und abgelaufen adhäsiv entzündlichen Processen des Bauchfells zahlreiche Verwachsungen der Eingeweide unter einander und mannigfache abgeschlossene Hohlräume vorhanden.

So war die Sachlage auch in dem ersten der von mir beschriebenen Fälle. An einer Stelle der Leberdämpfung, die bis dahin immer normaler Weise hatte herauspercutirt werden können, fand sich eine kreisförmige Zone tympanitischen Schalls, welche Veranlassung gab, den Austritt einer Gasblase in einen durch perihepatitische Verwachsungen gebildeten Hohlraum festzustellen. Dieser Umstand, dass zunächst

nur ein kleiner Theil des Peritoneums von der Entzündung ergriffen wurde, erklärt wohl auch den protrahirten Verlauf der Perforationsperitonitis, die sonst in kürzester Zeit zum Exitus letalis führt.

Ebenso wurde in dem zweiten Fall das völlige Verschwinden der Leberdämpfung für die Annahme der Perforation verwerthet; in beiden Fällen bestätigte die Section die gestellte Diagnose. Doch muss ich erwähnen, dass immer nur mit Wahrscheinlichkeit die Perforation angenommen wurde, indem die Möglichkeit in's Auge gefasst war, dass der tympanitische Schall über der Leber von Ueberlagerung durch die Därme herrühren könnte.

In dieser Beziehung zeigt unser dritter Fall, wie berechtigt diese Vorsicht immer ist. Auch hier sprachen alle Erscheinungen für Peritonitis ex perforatione. Auch hier war die Leberdämpfung verschwunden und in ihrer ganzen Ausdehnung durch tympanitischen Percussionsschall ersetzt; und doch zeigte sich bei der Section, dass die Perforation noch nicht erfolgt war, sondern die Serosa von der Verschwärung noch nicht in Mitleidenschaft gezogen war. Die Tympanie über der Leber rührte von Ueberlagerung durch das meteoristisch aufgetriebene Colon her.

Ich möchte demnach als Ergebniss der angestellten Betrachtungen den Satz aufstellen, dass für die Diagnose der Perforation das Verschwinden der Leberdämpfung nur mit Vorsicht zu verwerthen ist,

dass aber die Perforation nicht diagnosticirt werden kann, solange die Leberdämpfung normal nachgewiesen werden kann. Zwar diesem letzten scheint ein Fall zu widersprechen, den Ebstein in seiner Arbeit „Klinisches und Kritisches über die Perforationsperitonitis“ (Zeitschrift für klinische Medicin Band IX Heft III und IV) veröffentlicht hat. Carcinoma ventriculi bei einer Frau von 57 Jahren, die unter peritonitischen Erscheinungen in wenig Stunden zu Grunde ging. Die Leberdämpfung war intra vitam normaler Weise herauspercutirt worden. Bei der Section entwich Luft aus dem Cavum peritonei beim Einschneiden in die Bauchdecken und das Carcinom wurde perforirt gefunden. Doch kann man mit Ebstein annehmen, dass in diesem Falle die Perforation erst ganz kurze Zeit vor dem Tode oder postmortal erfolgt sei, während die Peritonitis schon im Leben bestanden habe.

Wollte man annehmen, dass aus dem intra vitam perforirten Magen nur flüssiger Inhalt, nicht auch Luft ausgetreten sei, so könnte die Anwesenheit von Luft in der Bauchhöhle bei der Section nur durch eine Zersetzung des peritonitischen Exsudates erklärt werden. Dies ist nicht als wahrscheinlich anzunehmen, da die Autopsie schon wenige Stunden nach erfolgtem Tode vorgenommen wurde.

Vielleicht wird für die Diagnose der Perforation ein Phänomen Bedeutung gewinnen, das wir in un-

serem zweiten Fall zu beobachten Gelegenheit hatten. Nachdem die Perforation mit grosser Wahrscheinlichkeit diagnosticirt worden war, liess sich an einer Stelle links von der Linea alba unterhalb des Rippenbogens in Grösse eines Fünfmarkstückes ein deutliches Knistern nachweisen. Dieses Knistern wurde zur Unterstützung der Diagnose herangezogen. Als Erscheinung des subcutanen Emphysems wurde es mit dem Austritt von Luft in die Bauchhöhle in Zusammenhang gebracht. Bei der Anwesenheit von Gas im Cavum peritonei kann dasselbe durch die Muskeln und Fascien der Bauchwand seinen Weg nehmen bis in das subcutane Gewebe und erzeugt dann hier das Knistern, indem es das Gewebe auseinanderdrängt. Vielleicht kann dies Symptom, wenn es beobachtet wird, als charakteristisch für die Perforation in das Cavum peritonei betrachtet werden. Es hat unseres Wissens bis jetzt noch nicht Erwähnung gefunden. Ich möchte hier nur angeregt haben, in vorkommenden Fällen darauf zu achten.

Es erübrigt nur noch, Hrn. Geheimrath Leyden für die gütige Ueberlassung des Materials und Hrn. Dr. Klemperer für die Anregung zu dieser Arbeit und überaus freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Tympanitischer Percussionsschall über der Leber ist für die Diagnose der Perforationsperitonitis nur mit Vorsicht zu verwerthen.

II.

Bei Magenkrebs ist ein Versuch mit Condurangobehandlung zu machen.

III.

Bei Eklampsie der Schwangeren ist die Morphiumbehandlung den anderen Narcoticis vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Saly Licht, mosaischer Religion, Sohn des Güteragenten Licht zu Posen, ist geboren zu Posen am 2. November 1869 besuchte von Ostern 1878 ab das Königliche Friedrich-Wilhelms-Gymnasium zu Posen, und bestand daselbst am 9. September 1887 die Reifeprüfung. Am 13. October 1887 wurde er bei der medicinischen Facultät zu Berlin immatriculirt, studirte im zweiten Semester in München, im sechsten in Heidelberg, die übrigen 6 Semester in Berlin. Die ärztliche Vorprüfung hat derselbe in Berlin am 26. October 1889, das Tentamen medicum am 28. November, das Examen rigorosum, am 8. December 1891 bestanden.

Während seiner Studienzeit hörte derselbe die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten.

München: von Bayer, Hertwig.

Berlin: Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Fräntzel, Gerhardt, Gusserow, Hartmann, Klemperer, Olshausen, Senator, Waldeyer, Winter.

Heidelberg: Arnold, Bessel-Hagen, Hoffmann.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern sagt derselbe hierdurch ergebenen Dank.